

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

1011
N° 860 G

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard THIBAUT

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Mai 1925, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DES CANCERS DU PLANCHER BUCCAL**

(à propos de 186 cas traités à la Fondation Curie depuis plus de 5 ans)

Président : M. A. AUBIN, Professeur.

Ets. GERMAIN

9, Rue Dupuytren

PARIS-VI^e

1957

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

N° 860 G

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard THIBAUT

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Mai 1925, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES CANCERS DU PLANCHER BUCCAL

(à propos de 186 cas traités à la Fondation Curie depuis plus de 5 ans)

Président : M. A. AUBIN, Professeur.

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e
1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BERNARD (H.), BROcq (P.), BULLIARD (H.),
 CADEMAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.),
 CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.),
 GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.),
 LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-
 SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.),
 MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.),
 MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHT (Ch.), SANNIE (Ch.),
 SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN : Léon BINET,
 Membre de l'Institut.

ASSEESSEUR : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	QUENU (J.)
(Hôtel-Dieu	MENE GAUX (G.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulm.	MONOD (R.)

Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)	
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)	
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Cliniques médicales {	{ Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (I.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Cliniques obstétricales {	{ Baudelocque	LACOMME (M.)
	{ Port-Royal	VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)	
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.)	
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)	
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)	
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)	
Clinique urologique	BEY (B.)	
Embryologie	GIROUD (A.)	
Génétique médicale	LAMY (M.)	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)	
Histologie	VERNE (J.)	
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)	

MM.

Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DE SOILLIE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLIEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique génér.	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	(DELMAS (A.), pr.s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GUYGOU (Ch.)
Bactériologie	(NEVOT (A.), pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(ETTORI (J.), pr. s. ch. DESGREZ (P.) POLONOWSKI (J.) SCHAPIRA (R.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)

	MM.
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	{ COUJARD (R.)
Histologie	{ N...
	{ N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch.
	{ DEPARIS (M.), pr.s.ch.
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	{ DEROBERT (L.), pr.s.ch.
Médecine légale	{ GAULTIER (M.)
	{ HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	{ GRASSET (J.)
	{ LE LORIER (G.)
Obstétrique	{ LEPAGE (F.)
	{ MERGER (R.)
	{ MORIN (P.)
	{ RAVINA (J.)
	{ ROBEY (M.)
Ophtalmologie	{ BREGEAT (P.)
	{ DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	{ AUBRY (M.)
	{ MADURO (R.)
Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.)
	{ CHABAUD (A.)
	{ ABOULKER (P.)
	{ BARCAT (J.)
	{ BAUMANN (J.)
	{ CAUCHOIX (J.)
	{ DUBOST (C.)
Pathologie chirurgicale	{ FAUREL (J.)
	{ FLABEAU (F.)
	{ GERMAIN (A.)
	{ GOSSET (J.)
	{ LAURENCE (G.)
	{ LORTAT-JACOB (J.)
	{ MATHEY (J.)
	{ OLIVIER (Cl.)
	{ POILIEUX (F.)
	{ THOMERET (G.)
	{ VERNE (J.M.)

MM.

Pathologie expérimentale	(LOEPER (J.) MAURICE (P.) BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHÉ (C.P.) MACREZ (C.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N...
Pédiatrie	(JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (Cl.)
Pharmacologie	(CHEYMOL (J.), pr. s. ch. LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.
Physiologie	(EARGETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.), pr. s. ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-phthisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	{ AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	{ DREYFUS (Gilbert) HAGUENAU (J.), pr. s. ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction Docteur HAHN (A.)
Conservateur Mlle GOICHON (A.)

Bibliothécaires { Melles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
{ LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MES PARENTS

A MON PÈRE

Assien Interne des Hôpitaux de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Que cet ouvrage soit
pour eux le témoignage de
ma très grande affection.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur André AUBIN,
Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique,
Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait le très
grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur Jean LEROUX-ROBERT,

Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut
et de la Fondation Curie,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de ce travail
et me faire profiter de sa
grande expérience.

Puisse-t-il trouver ici
l'assurance de mon grand
attachement et de ma profonde reconnaissance.

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur Jacques RICHIER,

Laryngologiste de l'Hôpital Foch,

Officier de la Légion d'Honneur,

Il n'a cessé de me porter le plus grand intérêt. Les sentiments qu'il a manifestés à mon égard m'ont profondément touché. Il fut pour moi plus qu'un patron.

Je suis heureux que cette thèse me permette de lui exprimer à nouveau ma profonde affection.

A MES MAÎTRES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Monsieur le Professeur Agrégé M. AUBRY

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Il fut mon premier maître
et guida mes premiers pas en
Laryngologie.

Qu'il accepte l'hommage
de mon infinie gratitude.

Monsieur le Docteur J. BOURDIAL

Laryngologiste de l'Hôpital Beaujon,

Qui m'a accueilli avec
une grande obligeance dans son
service et m'a permis de termi-
ner mon internat dans des condi-
tions particulièrement heureuses
et favorables.

Monsieur le Docteur P.C. HUET

Laryngologiste des Hôpitaux
et de l'Institut Gustave Roussy,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

L'année passée à ses
côtés fut riche d'enseigne-
ment et particulièrement
attachante.

Qu'il veuille bien
accepter l'expression de
mon plus affectueux respect.

Monsieur le Docteur J. LEMOYNE

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis,

En reconnaissance des
excellentes directives et
du bienveillant intérêt
qu'il m'a toujours mani-
festé durant mon trop court
séjour à l'Hôpital Saint-
Louis.

Monsieur le Docteur A. LEMARIEY
Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait bénéficier
tant de fois de son précieux
enseignement et de sa grande
expérience en O.R.L. infan-
tile et en endoscopie.

Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'hommage de ma pro-
fonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé R. MADURO
Laryngologiste de l'Hôpital de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Avec les regrets de
n'avoir pas pu profiter plus
longtemps du fruit de son
expérience.

Messieurs les Docteurs :

- J. BOUCHE
- J. LABAYLE
- H. MULIER
- J. ROUGET, in memoriam

Laryngologistes des Hôpitaux.

Messieurs les Docteurs :

- P. FLEURY
- Y. LALLEMANT
- J. MERCIER
- G. SENECHAL

Laryngologistes Assistants des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages

- 1945 - Monsieur le Professeur QUENU
Monsieur le Professeur HARVIER
- 1946 - Monsieur le Docteur HUET, in memoriam
Monsieur le Professeur BINET
- 1947 - Monsieur le Docteur KUSS
Monsieur le Professeur DEBRÉ

Externat

- 1947 - Monsieur le Docteur HARTMANN
Monsieur le Docteur LEHELLE
- 1948 - Monsieur le Professeur HAGUENAU
- 1949 - Monsieur le Docteur GUTMANN
- 1951 - Monsieur le Professeur AUBRY
Monsieur le Professeur MADURO

Internat

- 1952 - Monsieur le Docteur HUET
- 1954 - Monsieur le Docteur WELTI
Monsieur le Docteur LEMOYNE
- 1955 - Monsieur le Docteur LEROUX-ROBERT
- 1956 - Monsieur le Docteur RICHIER
- 1957 - Monsieur le Docteur LEMARIEY
Monsieur le Docteur BOURDIAL

A MES CONFÉRENCIERS

A MES COLLÈGUES DANS L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS

MEIS ET AMICIS

INDICATIONS THERAPEUTIQUES
DES CANCERS DU PLANCHER BUCCAL.

(A PROPOS DE 186 CAS TRAITES A LA FONDATION CURIE
DEPUIS PLUS DE 5 ANS).

I N T R O D U C T I O N

Cette étude est basée sur l'analyse des cas de cancers du plancher buccal observés et traités à la Fondation Curie, de 1937 à 1952.

Elle ne retient, pour l'appréciation des résultats thérapeutiques, que les cas "neufs" non encore traités auparavant, qu'il s'agisse de la lésion primaire et des ganglions. Sont exclues les considérations relatives au traitement des récidives locales et ganglionnaires.

La rédaction de ce travail nous a amené à dépouiller plus de 800 dossiers, desquels ont été isolées 186 observations de cancer du plancher buccal.

De celles-ci, nous ne retiendrons que celles où les territoires ganglionnaires ont été traités par chirurgie (ce qui nous fait éliminer les cas où les territoires ganglionnaires n'ont subi aucun traitement ou ont été traités par roentgenthérapie ou télécuriethérapie). La lésion primaire, verrons-nous, a été traitée selon des procédés les plus divers dont nous analyserons en détail les techniques et les résultats.

Nous comprenons dans le cadre des cancers du plancher buccal, non seulement les cancers strictement limités au plancher, mais également les cancers atteignant, lors du premier examen, le plancher et les régions avoisinantes - gencive, langue, région intermaxillaire. Par contre, nous excluons les cancers de la langue ou du rebord alvéolaire traités

comme tels et envahissant ultérieurement le plancher.

Nous ne retenons que les observations comportant un examen histologique positif; soit au niveau de la lésion primaire; soit au niveau des ganglions.

Selon les règles classiques de la statistique cancérologique, nous considérerons comme échecs non seulement les malades décédés avant le délai de cinq ans, mais les malades perdus de vue ou morts d'une maladie intercurrente. On ne parlera de guérison que pour un malade vivant sans récurrence apparente depuis plus de cinq ans après le traitement (ou après le dernier traitement s'il y a eu récurrence).

Nous analyserons successivement, dans ces observations de la Fondation Curie, les résultats obtenus:

- 1)- dans le traitement de la lésion primaire,
- 2)- dans le traitement chirurgical des territoires ganglionnaires.

De l'étude de ces résultats, nous tenterons de dégager des indications thérapeutiques précises selon les caractéristiques cliniques des différentes formes de cancers du plancher buccal.

ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS DANS LE TRAITEMENT
DE LA LÉSION PRIMAIRE

Nous envisagerons successivement :

a)- Les cancers du plancher ;

b)- Les cancers atteignant le plancher, mais
siégeant principalement sur les régions avoisinantes.

°
° °

A)- RESULTATS OBTENUS DANS LE TRAITEMENT
DES CANCERS DU PLANCHER.

Nous comptons 122 cas de cancers limités au
plancher.

Les résultats doivent être appréciés selon les
stades évolutifs de la tumeur.

Nous adoptons la classification de REVERDY et
COURTIAL, en usage à la Fondation Curie.

- Stade I : Lésion strictement limitée au plan-
cher buccal sans infiltration de la langue ni adhé-
rence au maxillaire inférieur.

- Stade II : Lésion du plancher buccal étendue à la langue ou à la muqueuse de la gencive ou du rebord alvéolaire, mais sans atteinte osseuse du maxillaire inférieur.

- Stade III : Lésion du plancher étendue au maxillaire inférieur, autrement dit lésion fixée.

- Stade IV : Lésion du plancher infiltrant la langue et le maxillaire inférieur.

Cette classification paraît simple. Elle présente néanmoins souvent une difficulté : l'appréciation de l'état du maxillaire en présence d'un épithélioma ayant envahi la gencive. La lecture des observations souligne bien cette difficulté : lorsqu'il est décrit une atteinte gingivale, il n'est pas toujours précisé s'il y a ou non atteinte osseuse. Cette appréciation n'est d'ailleurs pas toujours facile, même sur les clichés radiographiques. Il est fréquent d'observer une atteinte muqueuse gingivale assez étendue avec intégrité absolue de l'os, le périoste se défendant longtemps contre l'envahissement. LEROUX-ROBERT a eu maintes fois l'occasion de s'en rendre compte en pratiquant le décollement de cette muqueuse comme premier temps d'une exérèse ou d'une radium-puncture.

La "fixité" n'est pas un élément suffisant d'appréciation.

Notons enfin qu'il semble que les malades viennent consulter actuellement plus précocement qu'ils ne le faisaient il y a 20 ou 30 ans.

Cette classification de COURTIAL et REVERDY a été faite en accord avec l'I.N.F.. Les stades I, II, III et IV correspondent approximativement à la classification en T₁, T₂, T₃, T₄ de la nomenclature clinique et anatomique des cancers parue en 1956. Cette nomenclature semble plus précise que la classification adoptée à Curie, puisqu'elle note les adénopathies et les métastases.

En réalité, l'une et l'autre sont insuffisantes. Elles ne tiennent pas compte de la taille de la lésion. Des tumeurs de 4 cm. sur 2 cm. peuvent être au stade I, alors que des tumeurs petites, de 1 à 2 cm. de diamètre, à la limite de deux régions, peuvent être classées au stade II ou au stade III. Elles ne tiennent pas compte non plus du siège de la lésion en différents points du plancher. Nous estimons qu'il faut distinguer :

1)- Siège A (antérieur) : Les cancers de la région du frein de la langue, qui peuvent être médians ou paramédians droits ou gauches.

2)- Siège M (moyen) : Les cancers de la partie moyenne du plancher, correspondant à la zone située en regard des prémolaires.

3)- Siège P (postérieur) : Les cancers de la partie postérieure du plancher, correspondant à la zone située en regard des grosses molaires.

Chacune de ces localisations a des indications thérapeutiques propres et comporte un pronostic différent.

I/- Le cancer du plancher buccal au stade I.

Nous relevons 19 cas de cancer du plancher buccal au stade I.

Ces 19 cas donnent 9 guérisons à 5 ans.

La curiethérapie ⁽⁺⁾ est utilisée dans 6 cas, avec 4 succès à 5 ans et 2 échecs.

(+)- La curiethérapie locale a été effectuée de 1937 à 1952, le plus souvent par Mademoiselle BAUD, quelquefois par Monsieur COURTIAL, selon la technique mise au point par le Professeur REGAUD.

Il est intéressant de préciser la technique de traitement suivie pour les cas à évolution favorable.

- Le premier cas est une lésion allongée, mesurant environ 3 cm. de long sur 1 cm. de large, bilatérale, de siège A.

La radiumpuncture est faite avec 6 aiguilles:

- 3 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers - 1 mg.33 Ra.

- 3 aiguilles 25 mm. - Pt 0 mm.5 - 1 foyer - 0 mg.72 Ra.

Ra D.H. : 0,046 mod.

La dose totale est de 8,92 mod. en 8 jours.

- Le deuxième cas est une lésion mesurant environ 2 cm. de long sur 1 cm.5 de large, unilatérale, de siège M.

La radiumpuncture est faite avec 6 aiguilles:

- 4 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers - 1 mg.33 Ra.

- 2 aiguilles 25 mm. - Pt 0 mm.5 - 1 foyer - 0 mg.72 Ra.

Ra D.H. : 0,0510 mod.

La dose totale est de 8,825 mod. en 8 jours.

- Le troisième cas est une lésion mesurant 1 cm.5 sur 1 cm.5 environ, unilatérale, de siège M.

La radiumpuncture est faite avec 6 aiguilles :

- 6 aiguilles 25 mm. - Pt 0 mm.5 - 1 foyer - 0,72 Ra.

Ra D.H. : 0,033 mod.

La dose totale est de 6,536 mod. en 8 jours.

- Le quatrième cas est une lésion mesurant 1 cm.5 de long sur 2 cm. de large, bilatérale, de siège A. La curiothérapie est conduite de la manière suivante :

1- Curiethérapie sur le plancher buccal à l'aide d'un appareil moulé en cire, qui refoule la langue en arrière et qui irradie la lésion du plancher de la bouche et la partie avoisinante de la face inférieure de la langue.

Surface : 6,25 cm² - Distance : 7 mm. -
Filtration Pt 1 mm. - Ra D.H. : 4 tubes de 6,66 mg.
= 0,2 mod h.

Dose totale : 5,6 mod en 28 heures sur 7 jours.

2- Radiumpuncture de la lésion du plancher de la bouche 6 jours après la fin du traitement précédent, par 4 aiguilles :

- 4 aiguilles 25 mm. - Pt 0,5 - 1 tube.

Radium CI = 4,67 mod.

La dose totale a été de 3,92 mod.

3- Curiethérapie à l'aide d'un appareil moulé sur la région sous-maxillaire du côté de la lésion.

Surface : 70 cm² - Distance : 4 cm. - Filtration Pt 1 mm. - Charge horaire : 30 tubes de Ra de 6,66 mg - 1,5 mod h.

La dose totale est de 91,125 mod en 60 h.45' sur 9 jours.

La contactthérapie est utilisée dans 6 cas avec 1 succès.

- Le cas guéri est une lésion d'allure papillomateuse de 23 mm. sur 18 mm. siégeant sur la ligne médiane, au niveau du frein, et largement implantée sur cette région. En avant, elle est distante de 5 mm. environ du rebord alvéolaire et en arrière elle empiète juste sur la face inférieure de la langue. Bilatérale. Siège A.

L'examen histologique donne : transformation maligne d'une lésion papillomateuse. Tumeur à considérer et à traiter comme un épithélioma.

On administre au malade 4.360 r en 66 minutes sur 18 jours et sur un seul champ de 40 mm. de diamètre. Distance : 6 cm. Filtre : 2 Al.7. Tension

secondaire : 50 kilovolts.

La Roentgenthérapie endobuccale est utilisée dans 5 cas, avec 5 succès.

- Le premier cas est une lésion mesurant 2 cm. de long sur 1,5 de large, unilatérale, mais atteignant la ligne médiane, de siège M.

Le malade reçoit 7.000 r en 5 heures 4 minutes 27 secondes, étalés sur 51 jours, avec une filtration de 0,2 Cu et 1 Al. RX à 100 Kv.

- Le deuxième cas est une lésion arrondie, mesurant 1 cm. de diamètre, siégeant au niveau du frein de la langue, médiane et symétrique. Siège A.

Sont distribués 6.000 r en 4 heures 40 minutes 55 secondes, étalés sur 29 jours, avec une filtration de 0,2 Cu 1 Al. RX 100 Kv.

Distance : 15 cm.

- Le troisième cas est une lésion leucoplasique de 3 cm. de long sur 1 de large, bilatérale, symétrique par rapport à la ligne médiane. Siège A.

On distribue 5.250 r en 2 heures 4 minutes 20 secondes, étalés sur 48 jours, avec une filtration de 0,3 Cu + 2 Al.

Tension : 120 Kv. Distance : 40 cm. Intensité : 15 mA.

L'électro-coagulation est utilisée dans 1 cas et avec succès.

- La lésion mesure 1 cm. de long sur 8 mm. de large, strictement unilatérale. Siège A. Electrocoagulation large, faite en même temps que l'évidement ganglionnaire.

La chirurgie est utilisée une fois et sans succès.

II/- Le cancer du plancher buccal au stade II.

Les cancers du plancher buccal au stade II présentent des aspects anatomo-cliniques assez variés. Pour apprécier les résultats du traitement à ce stade, on doit subdiviser le stade II en 4 catégories que l'on appellera conventionnellement :

- Stade II a. - Stade II b.
- Stade II a + b. - Stade II c.

Le stade II a comprend tous les cancers siégeant au niveau du plancher buccal, mais commençant à envahir la langue.

Le stade II b comprend les cancers atteignant et envahissant la gencive, mais respectant l'os.

Le stade II a + b groupe les cancers atteignant partiellement à la fois la langue et la gencive.

Le stade II c rassemble les cancers en feuillet de livre, atteignant la face inférieure de la langue et le plancher buccal, et pour lesquels il est impossible de préciser le point de départ exact.

1- Le stade II a.

Nous relevons 22 cas de cancer du plancher de la bouche au stade II a. Ces 22 cas donnent 3 guérisons à 5 ans.

La curiethérapie est utilisée dans 13 cas avec 3 succès à 5 ans.

- Le premier cas est une lésion allongée mesurant 3 cm. de long sur 2 de large, bilatérale, infiltrant légèrement la langue, de siège A.

La radiumpuncture est pratiquée à l'aide de 8 aiguilles.

- 8 aiguilles de 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers
1 mg.33 Ra.

Ra D.H. = 0,08 mcd.

La dose totale est de 15,12 mod. en 8 jours.

- Le deuxième cas est une lésion allongée mesurant 3 cm. de long sur 2 cm. de large, dépassant la ligne médiane, infiltrant la langue discrètement, de siège A.

La radiumpuncture est pratiquée à l'aide de 10 aiguilles :

- 6 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers -
1 mg.33 Ra.

- 4 aiguilles 25 mm. - Pt 0 mm.5 - 1 foyer -
0 mg.72 Ra.

Ra D.H. = 0,0820 mcd.

La dose totale est de 13,7275 mod. en 7 jours.

Cette radiumpuncture est complétée 2 mois après et après l'évidement ganglionnaire par une irradiation intra-buccale.

Le malade reçoit 1.150 r sur un champ en 52 minutes 70 secondes, sur un étalement de 30 jours.
Tension : 180 Kv. Filtre 0,2 Cu. 1 Al. Distance : 13 cm.

- Le troisième cas est une lésion mesurant 3 cm. de long sur 2 de large, dépassant la ligne médiane, infiltrant la langue, trop étendue pour être classée en siège antérieur ou moyen.

Le malade est d'abord soumis à un traitement de rayons X.

Tension : 180 Kv. - Filtre 0,7 Cu + 0,3 Cu + 2 Al.

Distance : 50 cm. - Intensité : 15 mA.

Champs irradiés	Droit	Gauche
Champ maxillaire antérieur :	1.400 r	1.400 r
Champ sous-mental :		1.200 r

Dose totale : 4.000 r - Durée totale : 1 heu-

re 56 minutes. Etalement : 24 jours.

La radiumpuncture est faite ensuite à l'aide de 10 aiguilles :

- 5 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers - 1 mg.33 Ra.

- 5 aiguilles 25 mm. - Pt 0 mm.5 - 1 foyer - 0 mg.72 Ra.

Ra D.H. : 0,0775 mod.

Dose totale : 11,54 mod en 6 jours.

La contactothérapie est utilisée dans 4 cas et sans succès.

L'électro-coagulation est effectuée dans 2 cas et sans succès.

La Roentgenthérapie transcutanée a été utilisée 3 fois et sans succès.

2- Le stade II b.

Nous relevons 11 cas de cancer du plancher de la bouche au stade II b. Ces 11 cas donnent 1 guérison à 5 ans.

La Curiethérapie est utilisée dans 5 cas avec 1 succès à 5 ans et 4 échecs.

Il s'agit d'une lésion mesurant 3 cm. de long sur 1,5 de large, atteignant en avant la gencive, dépassant largement la ligne médiane, de siège antérieur.

La curiethérapie est effectuée à l'aide d'un appareil moulé en cire.

Surface 7 cm² - Distance 7 mm. - Filtration : Pt 1 mm. - Charge : 10 tubes de 3 mg.33 Ra - Ra D.H. : 0,25 mod.

Dose totale : 5 mod en 20 heures, en 6 jours.

La contactthérapie est utilisée une fois et sans succès.

La Roentgenthérapie endobuccale est utilisée dans 4 cas et sans succès.

La chirurgie est utilisée une fois et sans succès.

3- Le stade II a ÷ b.

Nous relevons 17 cas de cancer du plancher de la bouche au stade II a ÷ b. Ces 17 cas donnent 5 guérisons à 5 ans.

La curiethérapie est utilisée dans 12 cas avec 5 succès à 5 ans et 7 échecs.

- Le premier cas est une lésion mesurant 5 cm. de long sur 3 cm. de large, atteignant gencive et langue, dépassant largement la ligne médiane.

La radiumpuncture est faite à l'aide de 9 aiguilles de 35 mm., Pt 0,5, 2 tubes 1 mg.33 Ra. Ra D.H. = 0,09.

- 6 aiguilles sont implantées dans le plancher de la bouche.

- 3 aiguilles sont implantées dans la langue à la périphérie de la tumeur.

Dose totale : 15,12 mod en 7 jours.

Cette radiumpuncture est complétée par un traitement de Rayons X. Le malade reçoit 9.150 r en 6 heures 52 minutes, échelonnés en 55 jours de traitement et répartis comme suit :

	Médian	Droit	Gauche
Ch. I latéro-jugal :		2.850 r	2.850 r
Ch. II médian A.P. :	1.450 r		
Ch. III médian sous-maxillaire :	2.000 r		

Tension : 180 Kv.- Filtre : 0,30 Cu tube
+ 0,7 Cu + 2 Al. Distance : 70 mm.

- Le deuxième cas est une lésion mesurant 3 cm. de long sur 3 de large, envahissant largement la langue sur 1 cm., strictement unilatérale, de siège médian.

Le traitement comporte d'abord des applications de Rayons X.

Tension : 180 Kv - Distance : 70 cm. - Filtration : 0,3 Cu + 0,7 Cu + 2 Al.

Champ	Droit	Médian	Gauche
Champ latéro-jugal :	1.000 r		2.000 r
Champ sous-maxillaire :	2.000 r		3.000 r
Champ carotidien :			2.900 r
Champ médian antéro-latéral :		1.000 r	

Dose totale : 12.300 r - Durée totale : 12 heures 36 minutes en 41 jours.

Puis une radiumpuncture est effectuée, surtout au niveau de la langue :

- 8 aiguilles 35 mm. - 2 tubes 1 mg.33 Ra - Pt 0 mm.5
- 2 aiguilles 25 mm. - 1 tube 0 mg.72 Ra - Ra D.H. - 0,910 mcd.

Les aiguilles sont implantées en deux rangées:

- l'une par la face latérale de la langue pour irradier le sillon maxillo-lingual ;
- l'autre par la face dorsale de la langue à 7 ou 8 mm. en dedans du bord interne de l'induration.

L'aiguille de 25 mm. est implantée dans le plancher à droite du frein.

Dose totale : 15,288 mcd en 7 jours.

- Le troisième cas : La lésion occupe le sillon

gingivo-lingual mesurant 2 à 3 cm. de long sur 2 de large, langue et gencive envahies, lésion strictement unilatérale. Siège P.

Le traitement par radiations est effectué en deux temps.

D'abord, radiumpuncture du bord de la langue :
- 6 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers -
1 mg.33 Ra.

Ra D.H. : 0.06 mcd.

Dose totale : 8,64 mcd.

Puis, radiothérapie du sillon gingivo-lingual en deux séries :

1ère série de Rayons X :

Tension : 100 Kv - Filtre : 0,2 Cu + 1 Al -
Distance 15 cm.

Dose totale : 5.800 r en 5 heures 33 minutes
27 secondes.

Etalement : 43 jours (du 11 Août 1946 au 22
Septembre 1946).

2ème série de Rayons X :

Tension : 180 Kv - Filtre : 0,7 Cu + 2 Al
+ 0,3 Cu tube.

Distance : 70 cm. - Dose totale : 2.200 r
en 2 heures 10 minutes.

Etalement : 23 jours (du 10 Septembre 1947
au 2 Octobre 1947).

- Le quatrième cas est une lésion mesurant 3cm. de long sur 3 de large, envahissant la langue sur 1 cm. et la gencive, dépassant la ligne médiane. Siège antérieur.

Le traitement au radium a été conduit de la façon suivante :

1°- Curiethérapie à l'aide d'un appareil moulé en cire, appliqué sur toute la partie antérieure du plancher de la bouche.

Surface radiante 10 cm² - Distance : 7 mm.
Radium charge horaire : 9 tubes de 6,66 mg. = 0,45 mcd.
Dose totale : 8,10 mcd en 19 heures sur
9 jours.

2°- Radiumpuncture de la lésion du plancher
de la bouche :

- 5 aiguilles de 35 mm. - Pt 0,5 - 2 tubes.
 - 4 aiguilles sont implantées le long de
l'insertion de la langue sur le plancher de la bouche.
 - 1 aiguille est implantée dans la partie
la plus épaisse du reliquat d'induration.
- Dose totale : 8,91 mcd en 8 jours.

3°- Curiethérapie de la région sous-maxillaire
à l'aide d'un appareil moulé.

Surface : 90 cm² - Distance : 4 cm. -
Pt 1 mm. - Charge : 31 tubes.

Dose totale : 115,50 mcd en 74 heures 30
minutes sur 11 jours.

- Le cinquième cas : Lésion mesurant 5 cm. de
long sur 3 de large, dépassant légèrement la ligne
médiane, atteignant gencive et infiltrant langue.

Radiumpuncture de la langue et du plancher
de la bouche avec 9 aiguilles :

- 8 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 tubes
1 mg.33 Ra.

- 1 aiguille 25 mm. - Pt 0 mm.5 - 1 tube
0 mg.72 Ra.

Ra D.H. : 0,0855.

Une rangée de 4 aiguilles de 35 mm. est im-
plantée par le bord de la langue de manière à irra-
dier le sillon maxillo-lingual. Les 4 autres aiguil-
les de 35 mm. sont implantées par la face dorsale de
la langue en dehors de l'induration. Une aiguille de
25 mm. est implantée dans le plancher de la bouche.

Dose totale : 16,44 mcd.

La contactothérapie est appliquée une fois et sans succès.

La Roentgenthérapie endobuccale est utilisée une fois et sans succès.

La chirurgie est employée pour 2 cas et sans succès.

La Roentgenthérapie transcutanée est également utilisée une fois et sans succès.

4- Le stade II c.

Nous relevons 32 cas de cancer du plancher de la bouche au stade II c. Ces 32 cas donnent 14 guérisons à 5 ans.

La curiethérapie est utilisée dans 25 cas avec 13 succès à 5 ans. Les cas guéris sont les suivants:

- Le premier cas est une lésion de 1 cm. de long sur 5 de large, strictement unilatérale, de siège moyen.

La radiumpuncture a été effectuée avec 9 aiguilles de 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 tubes - 1 mg.33 Ra - Ra D.H. : 0,09 mod.

- 5 aiguilles sont implantées à la face profonde de la lésion par la face inférieure de la langue.

- 4 aiguilles sont implantées par la face dorsale en dedans de l'induration.

La dose totale est : 17,82 mod en 8 jours.

- Le deuxième cas est une lésion mesurant 1 cm. de long sur 1 à 2 de large, strictement unilatérale, de siège postérieur.

La radiumpuncture est faite à l'aide de 7 aiguilles de 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers - 1mg.33 Ra

Ra D.H. = 0,07.

La dose totale : 13,88 mod en 8 jours.

- Le troisième cas : lésion mesurant 2 cm. de long sur 2 cm. large, strictement unilatérale, de siège moyen.

La Radiopuncture est faite à l'aide de 14 aiguilles :

- 8 aiguilles 35 mm. - Pt. 0 mm.5 - 2 foyers.
- 4 aiguilles 30 mm. - Pt. 0 mm.5 - 2 foyers.
- 2 aiguilles 25 mm. - Pt. 0 mm.5 - 1 foyer.

Une aiguille de 30 mm. est implantée directement à la partie antérieure du placard buccal, en avant du pôle antérieur de l'induration.

Trois aiguilles de 30 mm. sont implantées dans le sillon maxillo-lingual. On utilise comme support des aiguilles le bouchonnet très épais qui borde l'ulcération.

Les aiguilles de 25 mm. et de 35 mm. sont implantées dans l'épaisseur de la tumeur linguale et dans sa périphérie. Deux d'entre elles sont sur la ligne médiane.

Dose totale : 24 mod en 8 jours.

- Le quatrième cas : la lésion mesure 3 cm. de long sur 3 cm. large. La lésion est strictement unilatérale et de siège moyen.

La Radiopuncture est faite à l'aide de 8 aiguilles de 35 mm. - Pt 0 mm.5 - Ra 1,33mg. -
Ra D.H. = 0,08 mod.

Les aiguilles sont implantées par la face dorsale de la langue, en dehors de l'induration, et une autre rangée est implantée immédiatement au contact de l'ulcération par le bord latéral de la langue, de manière à irradier le sillon.

La dose totale est : 16 mod en 8 jours.

- Le cinquième cas : La lésion mesure 1 cm. de long sur 2 cm. de large. La lésion est strictement unilatérale et de siège moyen.

La radiumpuncture est faite à l'aide de 9 aiguilles :
- 6 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers - 1 mg.33 Ra.
- 3 aiguilles 25 mm. - Pt 0 mm.5 - 1 foyer - 0 mg.72 Ra.
Ra D.H. = 0,0765 mcd.
La dose totale = 14,68 mcd.

- Le sixième cas : la lésion mesure 1 cm. de long sur 2 de large. La lésion est strictement unilatérale et de siège moyen.

La radiumpuncture est faite à l'aide de 7 aiguilles 35 mm. - Pt 0 mm.5 - 2 foyers - 1 mg.33 Ra.
Ra D.H. = 0,07 mcd.
La dose totale = 13,44 mcd en 8 jours.

- Le septième cas : La lésion mesure 3 cm. de long sur 2,5 de large. La lésion est strictement unilatérale ; elle est de siège moyen.

Le traitement au radium est effectué en deux fois.

Premier traitement : curiethérapie à l'aide d'un appareil moulé intra-buccal. Surface : 3,75 cm². Distance : 7 mm. - Pt. 1 mm. - Ra D.H. : 5 tubes de 6,66 mg.2 : 0,25 mcd.

La dose totale est : 5 mcd en 20 h. sur 10 jours.

Deuxième traitement : Radiumpuncture à l'aide de 8 aiguilles :

- 4 aiguilles 30 mm. - Pt : 0,5 mm. - 2 tubes.
- 4 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 mm. - 2 tubes.

Les aiguilles de 30 mm. sont implantées par

la face inférieure de la langue, de manière à irradier le sillon maxillo-lingual.

Les aiguilles de 35 mm. sont implantées par la face dorsale à 7 ou 8 mm. en dehors de l'induration.

La dose totale = 13,50 mod en 7 jours.

- Le huitième cas : La lésion mesure 3 cm. de long sur 2,5 de large ; elle atteint la ligne médiane ; elle est de siège moyen.

La curiethérapie est faite en 2 temps.

1°- Curieithérapie à l'aide d'un appareil moulé en cire. Surface : 10 cm² - Distance : 7 mm. - Filtration. Pt : 1 mm. - Charge 10 tubes Ra de 3 mg.33 : 0,25 mod par heure.

La dose totale est 7,5 mod en 30 heures.

2°- Radiumpuncture faite en utilisant 11 aiguilles :

- 8 aiguilles 35 mm. - Pt : 0 mm.5 - 1 mg.33 Ra - 2 foyers.

- 3 aiguilles 25 mm. - Pt : 0 mm.5 - 1 mg. Ra - 1 foyer.

Ra D.H. = 0,1025 mod.

Les 8 aiguilles de 35 mm. sont implantées dans la langue à la face profonde de l'ulcération et à sa périphérie ; l'une d'elles est de l'autre côté de la ligne médiane.

Les 3 aiguilles de 25 mm. sont implantées dans le plancher de la bouche en dehors du bord antérieur de la lésion.

La dose totale est 17,22 mod en 7 jours.

- Le neuvième cas : La lésion mesure 3 cm. de

long sur 2 cm. de large ; elle est strictement unilatérale, de siège moyen.

Traitement au radium en deux temps.

D'abord, curiethérapie à l'aide d'un appareil moulé en cire.

Surface 10 cm² - Distance 7 mm. - Filtration.
Pt : 1 mm. - Charge horaire : 9 tubes Ra de 3 mg.33 :
0,225 mcd.

La dose totale est de 6,75 mcd en 8 jours.

Puis, radiumpuncture ; elle est effectuée en utilisant 7 aiguilles :

- 5 aiguilles 25 mm. - Ra : 0 mg.72 - 1 tube
Pt : 0 mm.5.

- 2 aiguilles 35 mm. - Ra : 1 mg.33 - 2 tubes
Pt : 0 mm.5

Ra D.H. = 0,0475.

La dose totale = 7,98 mcd en 8 jours.

- Le dixième cas : La lésion mesure 3,5 cm. de long sur 3 de large, dépasse la ligne médiane.

Traitement au radium en deux temps.

D'abord, curiethérapie à l'aide d'un appareil moulé endobuccal.

Surface : 7 cm² - Distance : 7 mm. - Filtration 1 mm. - Ra D.H. : 0,4 mcd.

La dose totale = 7,4 mcd en 21 heures sur 7 jours.

La radiumpuncture est faite avec 12 aiguilles:

- 4 aiguilles de 25 mm. - Pt : 0,5 - 1 tube
1 mg. Ra.

- 8 aiguilles de 35 mm. - Pt : 0,5 - 2 tubes
1 mg.33 Ra.

Ra D.H. = 0,11 mcd.

Elles sont implantées par la face inférieure de la langue dans l'épaisseur de l'induration. 4 aiguilles de 35 mm. sont implantées par la face dorsale de la langue à la périphérie de l'induration.

Les aiguilles de 25 mm. sont implantées dans le plancher de la bouche, à la partie centrale et à la périphérie de l'ulcération.

La dose totale = 18,48 mcd en 7 jours.

- Le onzième cas : Lésion mesurant 1 cm. de long sur 1 cm. de large, strictement unilatérale, de siège moyen.

La radiumpuncture est faite avec 7 aiguilles:

- 4 aiguilles 35 mm. - Pt : 0 mm.5 - 2 foyers - 1 mg.33 Ra.

- 3 aiguilles 35 mm. - Pt : 0 mm.5 - 1 foyer - 0 mg.72 Ra.

Ra D.H. = 0,565 mcd.

La dose totale = 11,18 mcd en 8 jours.

Le traitement avait été commencé en contactthérapie, mais devant les difficultés techniques on préfère un aiguillage ; le malade a reçu en 1 séance 300 r.

- Le douzième cas : La lésion mesure 2,5 cm. sur 3 cm. de large ; elle est strictement unilatérale, de siège moyen.

La radiumpuncture est faite à l'aide de 11 aiguilles de 35 mm. - Pt : 0,5 mm. - 2 foyers - 1 mg.33 Ra - Ra D.H. : 0,11 mcd.

La dose totale est de : 18,48 mcd en 7 jours.

Une Roentgenthérapie complémentaire est effectuée dans les conditions suivantes :

Tension : 180 Kv - Filtre : 0,3 Cu + 0,7 Cu

: 2 Al - Distance : 50 cm. - Intensité : 15 mA.

Champs irradiés	Droit	Gauche
-----------------	-------	--------

Champ carotidien supérieur :	1.400 r	1.400 r
------------------------------	---------	---------

Dose totale : 2.800 r - Durée totale : 1h.31
Étalement : 21 jours.

- Le treizième cas : Lésion mesurant 2 cm. sur 2 cm., dépassant la ligne médiane, de siège antérieur.

D'abord, traitement aux rayons X.

Tension : 150 Kv - Dose totale : 2.000 r sur un seul champ, étalé sur 13 jours et pendant une durée de 35 minutes. Filtre : 2 Al + 0,3 Cu - Distance : 40 cm.

La radiumpuncture est faite à l'aide de 9 aiguilles :

- 8 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 mm. -

2 foyers - 1 mg.33 Ra.

- 1 aiguille 35 mm. - Pt : 0,5 mm. - 1 foyer

0 mg.72 Ra.

Ra D.H. = 0,0855 mod.

Les aiguilles de 35 mm. sont implantées dans la langue immédiatement dans l'ulcération et en dedans de l'induration. Seule, l'aiguille courte est implantée directement dans le plancher, de l'autre côté de la ligne médiane.

La dose totale est de 14,364 mod.

La contactthérapie est utilisée une fois et avec succès.

La lésion est minime, mesure moins de 1 cm. de côté, lésion strictement unilatérale, de siège moyen.

Le malade a reçu 5.200 r en 1 heure 1 minute 28 secondes sur 26 jours et sur un seul champ de 33 mm. de diamètre.

Distance : 4 cm. - Filtre : 2 Al T - Tension

secondaire : 50 Kv.

La Roentgenthérapie endobuccale est utilisée une fois et sans succès.

La chirurgie est pratiquée 2 fois et sans succès.

L'électrocoagulation est utilisée une fois et sans succès.

La Roentgenthérapie transcutanée est utilisée une fois et sans succès.

III/- Le stade III.

Nous relevons 9 cas de cancer du plancher buccal au stade III.

Ces 9 cas ne donnent aucune guérison à 5 ans.

La curiethérapie est utilisée dans 7 cas.

La chirurgie, dans 1 cas.

L'électrocoagulation, dans 1 cas.

IV/- Le stade IV.

Nous relevons 13 cas de cancer du plancher buccal au stade IV. Ces 13 cas donnent 2 guérisons à 5 ans.

La curiethérapie est utilisée dans 11 cas avec 1 succès.

- Le cas guéri est une lésion mesurant 1,5 cm. de long et 3 cm. de large, bilatérale, de siège antérieur.

La curiethérapie est appliquée en deux temps.

Dans un premier temps, curiethérapie à l'aide d'un appareil moulé intra-buccal. Surface : 12 cm². Distance : 7 mm. - Filtration Pt : 1 mm.-
Ra D.H. = 13 tubes de 2 mg. = 0,195 mod.

La dose totale est de 9,892 mod en 50 h.45' sur 12 jours.

Dans un deuxième temps, radiumpuncture à l'aide de 6 aiguilles :

- 3 aiguilles 30 mm. - Pt : 0,5 mm.- 2 tubes.

- 3 aiguilles 25 mm. - Pt : 0,5 mm.- 1 tube.

La dose totale est de 7,61 mod en 7 jours.

L'électrocoagulation est utilisée dans 2 cas avec 1 succès.

- Le cas guéri est une lésion mesurant 3 cm. de long sur 2 de large, bilatérale et symétrique, de siège antérieur.

Il s'agit d'une coagulation très large qui emporte presque toute la partie mobile de la langue. Le maxillaire a été coagulé.

TABLEAU RECAPITULATIF

Planchers purs 122 cas	Curie- thérapie	Contact- thérapie	RX endobuccal	Electro- coagulation	Chirurgie	RX transcutané	$\frac{9}{10}$ guérisons Nb. cas
Stade I	4/6	1/6	3/5	1/1	0/1		$\frac{3}{22}$
Stade II a	3/13	0/4		0/2		0/3	$\frac{1}{11}$
Stade II b	1/5	0/1	0/4		0/1		$\frac{5}{17}$
Stade II a + b	5/12	0/1	0/1		0/2	0/1	$\frac{14}{31}$
Stade II c	13/25	1/1	0/1	0/1	0/2	0/1	$\frac{0}{9}$
Stade III	0/7			0/1	0/1		$\frac{2}{13}$
Stade IV	1/11			1/2			34/122
	27/79	2/13	3/11	2/7	0/7	0/5	

3)- RESULTATS OBTENUS DANS LE TRAITEMENT

DES CANCERS ATTEIGNANT LE PLANCHER BUCCAL

MAIS SIEGEANT PRINCIPALEMENT SUR LES REGIONS AVOISINANTES.

Nous distinguerons trois variétés de ces sortes de cancers :

I- Le cancer atteignant le plancher buccal et la langue.

II- Le cancer atteignant le plancher buccal et le rebord alvéolaire.

III- Le cancer atteignant le plancher buccal et la région intermaxillaire.

..

I/- Le cancer atteignant le plancher buccal et la langue.

Nous relevons 53 cas de ces cancers. On a obtenu 7 guérisons à 5 ans.

La curiethérapie a été utilisée dans 49 cas avec 7 succès.

- Le premier cas est une lésion occupant la partie postérieure du bord latéral de la langue, mesurant 2 cm. d'avant en arrière, strictement unilatérale.

La radiumpuncture a été faite avec 10 aiguilles :

- 8 aiguilles sont placées par la face dorsale verticalement :

2 aiguilles 25 mm. - Pt : 0,5 - 1 foyer.

6 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 - 2 foyers.

- 2 aiguilles sont placées par la face inférieure longitudinalement sous la muqueuse.

2 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 - 2 foyers.

La dose totale est 18,24 mod en 9 jours.

Curiethérapie complémentaire sur le sillon maxillo-lingual et le bord gauche de la langue, par un appareil moulé en cire.

Surface : 90 cm² - Distance : 36 mm. - Filtration Pt : 1 mm. - Charge : 32 tubes Ra de 0,050 mod h : 1,6 mod h.

La dose totale = 154,70 mod en 96 heures 40 minutes d'application en 14 jours.

- Le deuxième cas est une lésion occupant la partie postérieure du bord latéral de la langue, mesurant 2 cm. d'avant en arrière, strictement unilatérale.

Radiumpuncture à l'aide de 9 aiguilles :

- 9 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 mm. -

1 mg.33 Ra - 2 foyers.

Dose Ra : 0,09 mod.

Une première rangée de 5 aiguilles est implantée par la face inférieure de la langue, au ras de l'induration.

Une deuxième rangée d'aiguilles est implantée par la face dorsale de la langue en dehors et en arrière de l'induration.

Le plancher est inaccessible à la radiumpuncture directe.

La dose totale est de 17,28 mod.

Roentgenthérapie complémentaire :

- Tension : 180 Kv - Filtre : 0,7 Cu + 2 Al

± 0,3 Cu tube.

- Distance : 70 cm.

<u>Champs irradiés</u>	<u>Côté lésion</u>
Ch. I carotidien supérieur	2.400 r
Ch. II carotidien inférieur	2.400 r

Dose totale : 4.400 r - Durée totale : 3 heures
51 minutes. Etalement : 23 jours.

- Le troisième cas est une lésion occupant la
partie postérieure du bord latéral de la langue,
strictement unilatérale.

La radiumpuncture est faite en utilisant 7
aiguilles :

- 5 aiguilles de 35 mm. - Pt : 0,5 mm. -
2 foyers de 1 mg.33 Ra.

Ra D.H. : 0,07 mod.

La dose totale est de : 13,44 mod.

- Le quatrième cas est une lésion occupant la
partie postérieure du bord latéral de la langue,
strictement unilatérale.

La radiumpuncture est pratiquée en deux temps.

Première puncture : 6 aiguilles 30 mm. -
Pt : 0,5 mm. - 2 tubes Ra C.I. = 14,51 mod.

- 4 aiguilles sont implantées obliquement par
la face dorsale de la langue, à la face profonde de
la tumeur ;

- 2 aiguilles sont implantées d'avant en
arrière, dans l'épaisseur même de la tumeur.

La dose totale est de : 3,62 mod en 5 jours.

Deuxième puncture :

- 3 aiguilles de 30 mm. - Pt : 0,5 mm. à 2
tubes.

- 5 aiguilles de 35 mm. - Pt : 0,5 mm. à 2 tubes.

Les aiguilles sont implantées sur 2 rangées parallèlement au bord droit de la langue ; l'une est sur la base d'implantation de la tumeur ; l'autre est à 10 ou 12 mm. en dedans de cette base.

La dose totale est de : 11,58 mcd en 6 jours.

- Le cinquième cas : La lésion siège à la partie moyenne du bord latéral de la langue.

La radiumpuncture est effectuée à l'aide de 10 aiguilles :

- 8 aiguilles 35 mm. - Pt : 0 mm.5 - 2 foyers 1 mg.33 Ra.

- 2 aiguilles 25 mm. - Pt : 0 mm.5 - 1 foyer - 0 mg.72 Ra.

Ra D.H. = 0,0910 mcd.

Une première rangée d'aiguilles est implantée par le bord latéral de la langue, à la face profonde de l'ulcération.

Une deuxième rangée est implantée par la face dorsale de la langue, en dedans de l'ulcération.

Une aiguille de 25 mm. est implantée en avant, directement dans le plancher.

La dose totale est de : 19,656 mcd.

- Le sixième cas : La lésion siège à la partie postérieure du bord latéral de la langue.

La radiumpuncture est effectuée à l'aide de 11 aiguilles.

- 9 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 mm. - 2 foyers 1 mg.33 Ra.

- 2 aiguilles 25 mm. - Pt : 0,5 mm. - 1 foyer - 0 mg.72 Ra.

Ra D.H. : 0,1010 mcd.
La dose totale est de : 20,20 mcd en 8 jours.

- Le septième cas : La lésion siège à la partie inférieure de la pointe de la langue, mesure 2 cm. de large et 4 cm. d'avant en arrière ; elle est bilatérale et symétrique.

La radiumpuncture est faite en utilisant 13 aiguilles :

- 8 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 mm. -
1 mg.33 Ra - 2 foyers.

- 5 aiguilles 25 mm. - Pt : 0,5 mm. -
0 mg.72 Ra - 1 foyer.

Ra D.H. : 0,1075 mcd.

11 aiguilles sont implantées verticalement ;
2 aiguilles de 25 mm. sont implantées horizontalement.

La Roentgenthérapie transcutanée : Elle est utilisée 4 fois et sans succès.

II/- Le cancer atteignant le plancher buccal et le rebord alvéolaire.

Nous relevons 7 cas de cancer de cette variété.
Ces cas donnent 1 guérison à 5 ans.

La curiethérapie est employée 3 fois ; elle donne 1 succès. Dans ce dernier, il s'agit de 2 petites ulcérations siégeant sur la muqueuse de la face interne du rebord alvéolaire, dépassant la ligne médiane.

La curiethérapie est effectuée par application de moules porte-radium chargés de 8 tubes de 50 mcd.
h. - Surface : 12 cm². Distance : 7 mm. - Filtration :
Pt 1 mm. - En 30 heures, sur 8 jours.

La chirurgie est employée dans 2 cas avec 2 échecs.

L'électrocoagulation est employée dans un cas et sans succès.

La Roentgenthérapie transcutanée est employée une fois et sans succès.

III/- Le cancer atteignant la région intermaxillaire et le plancher buccal.

Nous relevons 4 cas de cette variété de cancer. Ces 4 cas donnent 1 guérison.

La curiethérapie est utilisée dans les 4 cas et donne 1 succès.

Il s'agit dans ce dernier d'une lésion occupant le pilier antérieur, la commissure intermaxillaire et la partie postérieure du sillon maxillo-lingual.

Le traitement est conduit de la façon suivante:

- Télécuriethérapie pendant 12 jours.
- Radiumpuncture de la région amygdalienne :
 - 2 aiguilles 35 mm. - Pt : 0,5 - 2 tubes.
 - 4 aiguilles 30 mm. - Pt : 0,5 - 2 tubes.

Les aiguilles de 30 mm. sont implantées dans la région amygdalienne, 3 verticalement, dont 1 en regard de la branche montante, 1 transversalement dans le voile.

Les aiguilles de 35 mm. sont implantées dans la langue pour irradier le pôle inférieur de la lésion.

La dose totale est de: 9,05 mod en 6 jours.

- Curiothérapie sur la région du pilier antérieur à l'aide d'un appareil moulé en cire.

Surface : 5 cm² - Distance : 7 mm. - Filtration Pt : 1 mm. - Ra D.H. : 5 tubes de 6,66 mg.

La dose totale est de 5,375 mcd en 21 heures 30 minutes sur 8 jours.

- Reprise de la télécuriothérapie.

Appareil à pont roulant, charge 3 g. Ra - Distance : 10 cm. Surface : 94 cm²,5 - Filtration Pt : 1 mm.

2 champs	Droit	Gauche
Latéro-facial; tantôt G.L.L.	114	457
tantôt G.C.T.		

La dose totale est de : 573 mcd en 25 heures 28 minutes par 32 séances sur 38 jours.

TABLEAU RECAPITULATIF

Plancher + Régions voisines 64 cas	Curle- thérapie	Contact- thérapie	RX endobuccal	Electro- coagulation	Chirurgie	RX transcutané	
Langue + P.B.	7/49					0/4	$\frac{7}{53}$ Guérisons Nbre cas
Rebord alvéolaire + P.B.	1/3			0/1	0/2	0/1	$\frac{1}{7}$
Région Inter- maxillaire + P.B.	1/4						$\frac{1}{4}$
	9/56						$\frac{9}{64}$

ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES TERRITOIRES GANGLIONNAIRES

Nous admettons a priori que l'évidement chirurgical est le traitement de choix des territoires ganglionnaires du cou, puisque nous ne retenons dans ce travail que les observations comportant cet évidement.

Il n'est pas dans notre propos de discuter le bien-fondé de cette indication, mais d'en analyser les modalités et les résultats.

Cette étude nous permettra, par ailleurs, de préciser, selon le stade, le siège et les caractères de la lésion primaire :

- 1)- la topographie et la fréquence de l'envahissement ganglionnaire ;
- 2)- l'aggravation du pronostic qui résulte de l'atteinte ganglionnaire ;
- 3)- le type d'évidement ganglionnaire à proposer selon les variétés de lésion primaire.

A la Fondation Curie, les groupes ganglionnaires cervicaux ont été désignés par les lettres A - B - C, correspondant respectivement aux groupes sous-maxillaires, carotidiens et sus-claviculaires. On y

adjoind les lettres d ou g, selon que les ganglions siègent à droite ou à gauche. Dans ce travail, pour rester plus schématique, on parlera de ganglions homolatéraux et contro-latéraux en les désignant respectivement par les notations Ho ou He.

Les examens histologiques ont porté sur la totalité des ganglions de chaque groupe. Mais les ganglions atteints n'ont pratiquement jamais été rigoureusement individualisés. On parle de ganglion sous-maxillaire atteint, sans préciser s'il s'agit du groupe pré-vasculaire ou rétro-glandulaire.

Il existe donc un certain degré d'imprécision dans ce mode de systématisation ganglionnaire. Il est, en effet, fâcheux de ranger dans une même rubrique l'envahissement d'un ganglion carotidien inférieur et d'un ganglion sous-angulo-maxillaire, le pronostic attaché à ces deux localisations étant bien différent.

De même nous paraît-il intéressant d'individualiser les groupes spinal et carotidien haut sous-digastrique.

Voici néanmoins, selon la classification de la Fondation Curie, les renseignements que nous donne l'analyse des évidements ganglionnaires pratiqués.

I- ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE DANS LES CANCERS DU PLANCHER DE LA BOUCHE PROPREMENT DITS.

Fréquence globale. Fréquence relative des groupes
les uns par rapport aux autres. Fréquence selon le
stade et le siège.

A)- La fréquence globale de l'envahisse-
ment ganglionnaire nous est donnée en comparant le
nombre d'évidements ganglionnaires avec atteinte his-
tologique au nombre total d'évidements ganglionnaires

pratiqués.

Cette fréquence d'envahissement est légèrement inférieure à 1/2. (55 atteintes ganglionnaires histologiques sur 122 évidements pratiqués).

Autrement dit, dans environ 1 fois sur 2, un cancer du plancher buccal s'accompagne d'un envahissement ganglionnaire.

B)- Il est intéressant de préciser la fréquence relative de l'envahissement ganglionnaire pour chaque groupe de ganglions. En utilisant la notation adoptée plus haut, on obtient :

Ho A	=	16 fois envahi
Ho B	=	16
Ho C	=	2
Ho AB	=	8
Ho BC	=	2
Ho ABC	=	2
He A	=	4
He B	=	3
He C	=	0

Les 2 cas restant sont des envahissements atypiques et n'ont pas été relevés.

C)- Resterait à établir la fréquence globale d'atteinte ganglionnaire et la fréquence d'atteinte de tel ou tel groupe ganglionnaire, selon le stade, le siège et les caractères de la lésion primaire.

Le nombre restreint de cas ne nous autorise pas à établir un pourcentage valable de risque d'envahissement ganglionnaire selon les cas.

D)- Dans quelle proportion la découverte d'un envahissement histologique des ganglions aggrave-t-elle le pronostic ?

L'aggravation du pronostic à laquelle il est rationnel de s'attendre est évidente si l'on établit le pourcentage respectif d'atteinte ganglionnaire dans les guérisons et dans les échecs.

Pour les 34 malades guéris ayant subi un évidement du cou, nous trouvons :

8 atteintes ganglionnaires histologiques, soit $1/4$.

Pour les 88 malades décédés ayant subi un évidement du cou, nous trouvons :

42 atteintes ganglionnaires histologiques, soit $1/2$.

La comparaison de ces deux rapports permet d'avancer que l'envahissement néoplasique ganglionnaire dans un cancer du plancher buccal diminue de moitié les chances de guérison.

E)- Ces rapports peuvent être établis en fonction du groupe ganglionnaire atteint ; mais l'ame-
nuisement des chiffres, du fait des subdivisions, en diminue beaucoup la valeur.

On obtient le tableau suivant :

<u>Pour les guérisons</u>		<u>Pour les échecs</u>	
Ho A	$\frac{1}{34}$	Ho A	$\frac{15}{88}$
Ho B	$\frac{5}{34}$	Ho B	$\frac{11}{88}$
Ho C	$\frac{1}{34}$	Ho C	$\frac{1}{88}$
Ho AB	$\frac{1}{34}$	Ho AB	$\frac{6}{88}$

Autrement dit :

- Sur un total de 122 cas comportant un évidement chirurgical du cou (quel que soit le type de celui-ci) :

1)- L'atteinte du groupe sous-maxillaire homo-latéral (Ho A) s'est rencontrée 16 fois. Il n'y a eu

qu'une guérison. Le pourcentage d'échecs est sévère. Or, il l'est, très vraisemblablement, du fait du type d'évidement qui a été pratiqué : dans la plupart des cas, un évidement seulement sous-maxillaire a été effectué. La guérison concerne par contre un cas ayant subi un évidement carotido-sous-maxillaire du côté de la lésion et sous-maxillaire du côté opposé.

Il est probable qu'en pratiquant systématiquement, comme LEROUX-ROBERT le recommande dans tous les cas, même les plus limités, un évidement carotido-sous-maxillaire du côté de la lésion et sous-maxillaire du côté opposé, on obtiendrait de meilleurs résultats. (Dans la statistique de la Fondation Curie que nous étudions ici, l'évidement pratiqué a presque toujours été un évidement uniquement homo-latéral).

2)- L'atteinte du groupe ganglionnaire carotidien homo-latéral (Ho B) a été observée 16 fois également ici, mais avec 5 guérisons. Ceci semble paradoxal en comparaison de ce qui a été constaté pour le groupe précédent Ho A, plus proche de la lésion primaire. En fait, pour une raison analogue mais en quelque sorte inversée, l'atteinte carotidienne forçant à pratiquer un évidement large carotido-sous-maxillaire, les chances de guérison augmentent parce qu'a été pratiquée une excision correcte de tout le territoire ganglionnaire cervical correspondant à la lésion primaire.

Il n'est pas interdit de penser qu'il est peut-être préférable que le relais le plus proche de la lésion (relais sous-maxillaire, donc périphérique) ait été sauté au profit d'un relais plus central (carotidien), permettant alors de pratiquer un évidement en passant à distance de la zone ganglionnaire envahie. Nous retrouverons ces mêmes chiffres apparemment paradoxaux (meilleurs résultats pour les atteintes carotidiennes que pour les sous-maxillaires) dans le chapitre suivant concernant les cancers atteignant le plancher et la langue en particulier.

3)- L'atteinte simultanée des groupes ganglionnaires sous-maxillaire et carotidien homo-latéraux

(Ho AB) a été constatée 7 fois. Il n'y a eu qu'une guérison.

Il est rationnel de considérer que le pronostic est d'autant plus sévère que la diffusion d'atteinte ganglionnaire est plus grande, et ceci malgré un évidement cervical large carotido-sous-maxillaire automatiquement pratiqué en pareil cas.

4)- Quant à l'atteinte du groupe ganglionnaire sus-claviculaire homo-latéral (Ho C), elle est trop exceptionnelle (2 cas) pour qu'on puisse attribuer une valeur au fait qu'une guérison a néanmoins été obtenue.

= Dans quelle proportion observe-t-on une atteinte ganglionnaire contro-latérale ? Celle-ci est-elle un facteur de gravité pronostique ?

Nous ne parlerons pas des lésions primaires strictement médianes (de la région du frein de la langue), où l'adénopathie peut aussi bien se développer à droite qu'à gauche et où, schématiquement, un évidement carotido-sous-maxillaire bilatéral devrait être pratiqué (en fait, on se borne généralement à un évidement sous-maxillaire bilatéral).

Nous voulons parler des lésions unilatérales ou paramédianes avec atteinte ganglionnaire contro-latérale.

Il n'est pas facile d'avoir une opinion sur ce sujet avec la statistique étudiée ici, puisque, sauf en cas d'adénopathie palpable, l'évidement systématique est le plus souvent resté homo-latéral. Lorsqu'il a été bilatéral, il n'était que sous-maxillaire, ne donnant aucun renseignement sur les autres groupes ganglionnaires, carotidiens en particulier.

En nous basant, non pas seulement sur cette statistique à 5 ans de la Fondation Curie, mais sur tous les cas observés par LEROUX-ROBERT depuis, nous pouvons affirmer que cette atteinte ganglionnaire contro-latérale, même pour une lésion primaire

strictement unilatérale, est loin d'être rare. Ceci justifie l'action thérapeutique systématique sur le territoire ganglionnaire contro-latéral.

F)- Nous allons maintenant étudier les résultats obtenus selon le type d'évidement pratiqué (ceci indépendamment du stade ou du siège de la lésion primaire), et dans chaque type d'évidement, le nombre de guérisons par rapport au nombre de cas avec envahissement histologique.

Les rapports pour chaque type d'évidement ganglionnaire s'établissent comme suit :

- Evidements sous-maxillaires bilatéraux suivis de guérison : 11 sur un total de 23.
(11 NE ÷ 0 E)
(30 NE ÷ 8 E)
- Evidements monobloc carotido-sous-maxillaires homolatéraux et sous-maxillaire opposé, suivis de guérison : 12 sur un total de 43.
(9 NE ÷ 3 E)
(26 NE ÷ 17 E)
- Evidements carotido-sous-maxillaires unilatéraux suivis de guérison : 8 sur un total de 24.
(4 NE ÷ 4 E)
(9 NE ÷ 15 E)
- Evidements carotido-sous-maxillaires bilatéraux en 2 temps suivis de guérison : 3 sur un total de 13.
(1 NE ÷ 1 E)
(5 NE ÷ 8 E)

Il reste 4 évidements ganglionnaires qui ne peuvent être classés :

- 3 évidements ont été des évidements atypiques puisque l'on a pratiqué en un temps un évidement sous-maxillaire et carotidien haut bilatéral.
- le quatrième évidement est un évidement cer-

vical unilatéral, mais où l'examen histologique n'a pas été effectué.

Voici quelques considérations à retenir à propos de chaque type d'évidement.

1/- Evidement sous-maxillaire bilatéral.

L'évidement sous-maxillaire bilatéral a été pratiqué 38 fois. Ces 38 cas comportent 11 guérisons, 27 échecs.

Les 11 guérisons correspondent toutes à des ganglions indemnes d'envahissement histologique.

Les 27 échecs correspondent :

- 19 fois à des ganglions indemnes,
- 8 fois à des ganglions envahis.

Etant donné que cette indication d'évidement ganglionnaire limité aux régions sous-maxillaires a été portée surtout en cas de lésion primaire limitée (Stade I la plupart du temps), la proportion de 8 envahissements histologiques sur 38 cas est à retenir et est relativement importante, justifiant un évidement plus large type carotido-sous-maxillaire, même pour des lésions primaires du Stade I, à condition qu'elles ne soient pas strictement médianes, auquel cas l'indication d'un évidement simple sous-maxillaire bilatéral est rationnelle, puisqu'il n'y a aucune raison de faire un évidement large d'un côté plus que de l'autre, et qu'un évidement carotido-sous-maxillaire bilatéral comporte tout de même des risques.

Voici d'ailleurs la répartition exacte des évidements sous-maxillaires bilatéraux selon les stades de la lésion primaire :

- Stade I : 13 cas d'évidements sous-maxillaires bilatéraux sur 19 cas.
- Stade II a : 5 cas d'évidements sous-maxillaires bilatéraux sur 22 cas.

- Stade II b : 1 cas d'évidement sous-maxillaire bilatéral sur 11 cas.

2/- Evidement monobloc carotido-sous-maxillaire homolatéral et sous-maxillaire opposé.

Ce type d'évidement a été pratiqué 43 fois.

Ces 43 cas comportent 12 guérisons, 31 échecs.

- Sur les 12 guérisons : 9 correspondent à des ganglions non envahis histologiquement, 3 à des ganglions envahis.

- Sur les 31 échecs : 17 correspondent à des ganglions non envahis histologiquement, 14 à des ganglions envahis.

Ce type d'évidement est celui qui satisfait le plus l'esprit pour une lésion primaire strictement unilatérale.

C'est lui que LEROUX-ROBERT a adopté depuis plusieurs années pour les lésions unilatérales (ou paramédianes).

Parmi les échecs, nous remarquons le nombre élevé de cas sans envahissement histologique des ganglions (26 sans envahissement sur 31 échecs).

Il est à prévoir que ces échecs viennent d'une non stérilisation ou d'une récidive au niveau de la lésion primaire.

3/- Evidement carotido-sous-maxillaire unilatéral.

Ce type d'évidement a été pratiqué 24 fois.

Ces 24 cas comportent 8 guérisons, 16 échecs.

- Sur les 8 guérisons :

4 correspondaient à des ganglions histologiquement envahis,

4 à des ganglions indemnes.

- Sur les 16 échecs :

15 correspondaient à des ganglions
histologiquement envahis,
1 à des ganglions indemnes.

Il s'agissait dans tous les cas de lésion primaire unilatérale.

Il sera intéressant de préciser dans quelle proportion les échecs ont eu pour cause un envahissement lymphatique du côté opposé.

4/- Evidement carotido-sous-maxillaire bilatéral en deux temps.

Ce type d'évidement a été pratiqué 13 fois.

Il n'y a que deux guérisons :

- l'une correspond à une lésion unilatérale du plancher,
- l'autre à une lésion paramédiane.

Tous les échecs correspondent à une lésion étendue et bilatérale du plancher.

Le fait d'intervenir en deux temps, comme le force à faire la circulation jugulaire, explique-t-il ces échecs, par ouverture de voies lymphatiques envahies ? Pour répondre, il y a lieu de savoir dans quelle proportion les échecs sont dus à une récurrence ganglionnaire ou à une non stérilisation de la lésion primaire.

°
° °

De cette étude, a priori, il est difficile de conclure d'une façon absolue à la nécessité de tel ou tel type d'évidement selon tel ou tel type de lésion primaire. Mais, compte tenu des constatations faites depuis 5 ans par LEROUX-ROBERT au cours du traitement d'un très grand nombre de cancers du plancher buccal, il semble que l'on puisse admettre que :

A)- En l'absence de ganglions cliniquement perceptibles :

1/- L'évidement sous-maxillaire bilatéral doit être réservé aux lésions du stade I médianes, pour lesquelles il n'y a aucune raison d'évider la gouttière carotidienne d'un côté plus que de l'autre, et pour lesquelles les risques d'un évidement carotido-sous-maxillaire bilatéral seraient disproportionnés avec le peu de risque d'atteinte ganglionnaire carotidienne.

2/- Dans tous les autres cas de lésions unilatérales ou paramédianes des stades I, II ou III, l'indication rationnelle est celle d'un évidement carotido-sous-maxillaire homo-latéral et sous-maxillaire du côté opposé.

3/- Pour les lésions du stade IV, pour autant qu'on ait quelque chance d'obtenir la stérilisation de la lésion primaire, l'évidement carotido-sous-maxillaire bilatéral sera indiqué.

B)- Bien entendu, s'il y a des ganglions perceptibles, cliniquement néoplasiques, quel que soit le stade auquel on ait affaire au niveau de la lésion primaire, c'est l'indication de l'évidement carotido-sous-maxillaire homo-latéral et sous-maxillaire du côté opposé si les ganglions sont unilatéraux, de l'évidement carotido-sous-maxillaire bilatéral s'ils sont bilatéraux (mais alors pratiquement sans espoir de guérison).

II- ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE DANS LES CANCERS ATTEIGNANT LE PLANCHER BUCCAL & LES REGIONS VOISINES.

Nous allons successivement envisager les évidements ganglionnaires des cancers de la langue, ceux du rebord alvéolaire et ceux de la région intermaxillaire étendus au plancher buccal.

I/- Envahissement ganglionnaire
dans le cancer de la langue étendu au plancher buccal.

A)- La fréquence globale de l'envahissement ganglionnaire est nettement supérieure à la moitié des cas, alors qu'en cas d'atteinte du seul plancher buccal nous avons trouvé une fréquence légèrement inférieure à la moitié des cas.

$$\frac{\text{Nombre d'évidements avec atteinte histologique}}{\text{Nombre d'évidements pratiqués au total}} = \frac{30}{53} \approx \frac{1}{2}$$

L'atteinte de la langue est donc un facteur qui, dans une certaine mesure, favorise l'envahissement lymphatique.

B)- Voici les chiffres donnant une idée de la fréquence relative des envahissements selon les groupes ganglionnaires considérés :

Ho A	3 fois envahi
Ho B	15
Ho C	0
Ho AB	5
Ho BC	2
Ho ABC	2
He a	0
He b	1 (B) - 1 (AB) - 1 (BC)
He c	0

C)- Dans quelle mesure la découverte d'un envahissement histologique des ganglions aggrave-t-elle le pronostic ?

L'aggravation du pronostic à laquelle on s'attend n'existe apparemment pas. Il y a un pourcentage identique d'envahissement ganglionnaire parmi les guérisons et parmi les échecs. Voici les chiffres:

- Chez les sujets guéris :

$$\frac{\text{Nombre d'évidements avec atteinte histologique}}{\text{Nombre total d'évidements effectués}} = \frac{3}{7} \approx \frac{1}{2}$$

- Chez les sujets décédés :

Nombre d'évidements avec atteinte histologique =	27	#	1
Nombre total d'évidements effectués	46		2

Sans doute est-ce parce que, connaissant la tendance lymphophile du cancer de la langue, on a pratiqué systématiquement un curage ganglionnaire large, et jamais, même pour une lésion apparemment limitée, un simple évidement sous-maxillaire. Les risques de récurrence ganglionnaire s'en trouvent de ce fait limités, ce qui rapproche les cas sans envahissement histologique des ganglions des cas avec envahissement de ceux-ci.

Il n'en était pas ainsi, avons-nous vu plus haut, pour les cas limités de cancers du plancher où, du fait de cette limitation, on s'est borné dans un grand nombre de cas à un évidement sous-maxillaire. C'est la raison vraisemblable pour laquelle, dans ces derniers cas, les récurrences ganglionnaires ont été relativement fréquentes.

D)- Quel est le groupe ganglionnaire dont l'atteinte est la moins défavorable du point de vue pronostique ?

Nous retrouvons ici la constatation faite à propos des évidements sous-maxillaires dans les lésions du plancher proprement dit, à savoir que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce n'est pas l'atteinte du groupe sous-maxillaire qui est la moins défavorable, mais l'atteinte du groupe carotidien. L'atteinte ganglionnaire dans les 5 seuls cas de guérison avec atteinte histologique des ganglions siégeait au niveau du groupe carotidien.

E)- Examinons maintenant les résultats selon le type d'évidement pratiqué, et pour chaque type d'évidement le nombre de guérisons par rapport au nombre des cas avec envahissement histologique.

Evidements carotido-sous-maxillaires unilatéraux :
suivis de guérison = 6, sur un total de 38.

$$\left(\frac{(3 \text{ NE} \div 3 \text{ E})}{(18 \text{ NE} \div 20 \text{ E})} \right)$$

Evidements carotido-sous-maxillaires en 2 temps :
suivis de guérison = 1, sur un total de 13

$$\left(\frac{(1 \text{ NE})}{(5 \text{ NE} \div 8 \text{ E})} \right)$$

Evidements carotido-sous-maxillaires homo-latéraux
et sous-maxillaires du côté opposé :
suivis de guérison = 0, sur un total de 2.

1- L'évidement carotido-sous-maxillaire unila-
téral a été pratiqué 38 fois. Ces 38 cas ne compor-
tent que 6 guérisons.

Bien que ce soit, apparemment, comparative-
ment aux autres types d'évidements, celui qui a donné
les meilleurs résultats, on ne peut pas dire que ceux-
ci soient bons, d'autant plus que sur les 6 guérisons
il y a 3 cas sans envahissement histologique des gan-
glions.

2- L'évidement carotido-sous-maxillaire bilaté-
ral n'a donné qu'une guérison sur 13. Or, le fait que
cet évidement bilatéral ait été indiqué prouve qu'il
s'agissait de très mauvais cas.

Effectivement, sur les 13 échecs :

- 8 ont des ganglions envahis histologique-
ment ;
- 2 ont des ganglions non envahis histologi-
quement ; mais la lésion primaire dépasse largement
la ligne médiane ;
- 2 ont des ganglions non envahis histologi-
quement, et si la lésion primaire ne dépasse pas la
ligne médiane elle occupe la moitié de la portion
mobile de la langue.

Le cas guéri est un cas sans atteinte histo-
logique des ganglions, sans doute le seul de la série,
expliquant de ce fait le résultat.

5- L'évidement carotido-sous-maxillaire unilatéral et sous-maxillaire du côté opposé n'a été pratiqué que 2 fois et il n'y a eu aucune guérison.

Ces chiffres sont insuffisants pour avoir la moindre valeur. Et si l'évidement unilatéral a comporté 6 guérisons sur 38 cas, a fortiori si l'on avait adjoint à ce type d'évidement un évidement sous-maxillaire du côté opposé, le chiffre de 6 guérisons aurait peut-être été dépassé.

L'étude des 32 échecs montre que l'on a eu :

- 5 récidives ganglionnaires contro-latérales,
- 19 causes autres que récidive ganglionnaire contro-latérale (récidive locale, ganglion homo-latéral, métastase, maladie intercurrente, perdu de vue),
- 4 causes inconnues,
- 4 ont eu leur lésion primaire traitée par la Roentgenthérapie. On sait ce que l'on doit penser de cet agent thérapeutique.

C'est donc également ici à ce type d'évidement (carotido-sous-maxillaire homo-latéral et sous-maxillaire du côté opposé) que nous donnerons la préférence dans la plupart des cas, à moins qu'il ne s'agisse de cas qui, du fait de leur extension, justifient d'un évidement carotido-sous-maxillaire bilatéral.

II/- Evidement ganglionnaire
et cancer du rebord alvéolaire
étendu au plancher buccal.

Il est impossible de tirer la moindre conclusion du fait que les 6 cas appartenant à ce groupe des cancers du rebord alvéolaire étendus au plancher buccal ont tous évolué vers la mort, alors que les ganglions n'étaient histologiquement atteints que dans 2 cas correspondant à Ho AB et à Ho ABC.

Ho AB	=	1
Ho ABC	=	1

III/- Evidement ganglionnaire
et cancer de la région inter-maxillaire
étendu au plancher de la bouche.

Ici non plus, aucune conclusion ne sera donnée sur un nombre aussi limité de cas.

Quatre cas répondent à ce groupe. Dans trois d'entre eux, les ganglions étaient histologiquement envahis :
2 Ho B
et 1 Ho AB.

Le type d'évidement pratiqué a été chaque fois un évidement carotido-sous-maxillaire unilatéral.

Le seul cas qui ait guéri est celui où les ganglions étaient histologiquement indemnes.

PEUT-ON TIRER DE L'ETUDE ANALYTIQUE PRECEDENTE
DES ELEMENTS D'APPRECIATION DE LA VALEUR COMPAREE
DES DIFFERENTS MODES THERAPEUTIQUES
APPLICABLES A CES CANCERS ?

Nous envisagerons successivement à ce sujet :

- la lésion primaire,
- les territoires ganglionnaires.

I.- LESION PRIMAIRE.

A)- VALEUR RELATIVE DES DIFFERENTS MODES THERAPEUTIQUES
APPLICABLES A LA LESION PRIMAIRE.

La Radiumpuncture semble nettement la méthode la plus efficace (36 guérisons sur 155 cas traités ainsi). Elle a été utilisée le plus souvent seule. Dans certains cas, elle a été associée à la télécuriethérapie ou au moule porte-radium. Mais ces méthodes associées semblent augmenter les risques d'ostéo-radio-nécrose sans améliorer pour autant les résultats. C'est la raison pour laquelle elles ont été abandonnées.

La Roentgenthérapie endo-buccale n'est à retenir que pour les cancers très limités et superficiels du plancher (Stade I). Elle a permis d'obtenir, pour des cancers de ce type, 3 guérisons sur 5 cas traités ainsi. Mais, pour les cas plus étendus, l'échec est constant.

La curiepuncture reprend alors ses droits.

La Contactothérapie, même pour des cas limités du stade I, ne semble pas devoir céder le pas à la curiepuncture, puisqu'elle n'a permis d'obtenir que 2 guérisons sur 13 cas traités ainsi.

La Roentgenthérapie transcutanée, pour agir à la fois sur la lésion primaire et les territoires ganglionnaires, est à rejeter d'une façon absolue. Si elle est défendable pour stériliser des aires ganglionnaires sans ganglions perceptibles, elle ne l'est pas pour la lésion primaire. Une telle méthode, utilisée 10 fois, n'a abouti qu'à des échecs.

L'Electro-coagulation peut se discuter. Elle a permis 2 guérisons sur 8 cas traités.

Néanmoins, nous estimons qu'elle doit être remplacée par la curiepuncture dans les cas limités et qu'elle ne doit jamais être utilisée seule dans les cas étendus où nous la complétons par la curiepuncture de la périphérie de la zone d'exérèse.

Quant à la chirurgie seule, elle a été utilisée 9 fois sans le moindre succès. Faut-il incriminer le fait que la technique en deux temps (temps buccal et temps cervical) a forcément laissé entre le champ opératoire buccal et la région cervicale une zone d'envahissement lymphatique ?

Les opérations en monobloc, remises à l'honneur par DARGENT et PAPILLON, qui pallient à cet inconvénient, donneront-elles de meilleurs résultats ? Seul, l'avenir le dira.

B)- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
SELON LE STADE DE LA LÉSION PRIMAIRE.

Les indications thérapeutiques pour les différents types de cancers du plancher buccal peuvent alors se décomposer de la façon suivante :

1)- Cancer du plancher de la bouche au stade I.

A ce stade, le cancer pourra être traité :

- soit par Radiumpuncture,
- soit par Roentgenthérapie endo-buccale.

Les chances de guérison sont pratiquement équivalentes.

2)- Cancer du plancher de la bouche au stade II.

- Au stade II a, le cancer sera traité par Radiumpuncture.

La Roentgenthérapie endo-buccale n'est déjà plus indiquée, l'importance de l'infiltration et de l'extension la rendant inopérante.

- Au stade II b, le cancer sera traité par Radiumpuncture.

LEROUX-ROBERT a préconisé, pour cette variété de cancer du plancher buccal, un aiguillage avec décollement de la muqueuse du rebord alvéolaire. Ce décollement permet d'éloigner artificiellement du plan osseux de la branche horizontale la zone d'infiltration néoplasique et de pouvoir faire ainsi la puncture en réduisant au maximum les risques d'ostéo-radio-nécrose.

Si la lésion dépasse 2 cm. de diamètre (ou paraît particulièrement infiltrante), on pratiquera non seulement un décollement mais une exérèse électro-chirurgicale de toute la zone néoplasique, afin de réduire l'importance de la puncture qui sera faite

à la périphérie de la zone d'exérèse et à distance du plan osseux du maxillaire inférieur.

- Au stade II a + b, le cancer sera traité par Radiumpuncture dans les mêmes conditions que précédemment.

- Au stade II c, le cancer sera traité comme un épithélioma de la langue, par Radiumpuncture (sans exérèse, celle-ci étant inutile quelle que soit l'importance de la puncture nécessaire, puisque la lésion est distante du plan osseux du maxillaire inférieur et les risques d'ostéo-radio-nécrose très limités).

3)- Cancer du plancher de la bouche au stade III.

L'os étant atteint, il n'est plus question de se borner à une Radiumpuncture. La chirurgie seule doit être envisagée. Celle-ci consistera en une intervention "monobloc" dont le type dépend essentiellement du siège anatomique des lésions.

- Si la lésion est petite, médiane ou latérale, on pourra pratiquer l'intervention en monobloc type "pull-trough".

- Si la lésion est plus étendue et médiane, une résection de la totalité de la portion horizontale du maxillaire s'impose.

- Si la lésion est nettement latéralisée, on pourra se borner à une héli-résection du maxillaire inférieur, beaucoup moins mutilante que la résection de la branche horizontale.

4)- Cancer du plancher de la bouche au stade IV.

Le traitement de cette forme ne peut être que chirurgical. Mais cette chirurgie est extrêmement mutilante, comportant la résection de la presque totalité de la langue, du plancher et du maxillaire inférieur, avec chances de guérison presque nulles.

5)- Cancer de la portion mobile de la langue étendu

au plancher buccal.

La Radiumpuncture reste indiquée, comme elle l'est pour un cancer purement lingual.

6)- Cancer du rebord alvéolaire étendu au plancher buccal.

La chirurgie est indiquée ici au même titre qu'elle l'est pour les cancers du plancher au stade III.

7)- Cancer de la région inter-maxillaire.

Les indications dépendent essentiellement des dispositions anatomiques de la tumeur, de son étendue et de son degré d'infiltration.

Nous entrons un peu ici dans le cadre des cancers de la région amygdalienne où la radiumpuncture se combinera, selon les cas, à la roentgenthérapie transcutanée et endo-buccale.

II.- LES TERRITOIRES GANGLIONNAIRES.

Tout ce que nous venons d'exposer concernant la lésion primaire sous-entend que les territoires ganglionnaires sont traités simultanément ou secondairement.

Ce traitement des territoires ganglionnaires a parfois une incidence sur la région primaire en lui apportant, si l'on utilise les radiations, un complément thérapeutique.

En fait, les territoires ganglionnaires, dans les cancers du plancher buccal, doivent être traités systématiquement par la chirurgie.

Nous avons dit plus haut les différents types d'évidement indiqués :

- Evidement sous-maxillaire bilatéral pour une lésion petite médiane du stade I ;
- Evidement carotido-sous-maxillaire homo-latéral et sous-maxillaire opposé pour tous les autres cas des stades I, II, III unilatéraux ou paramédians;
- Evidement carotido-sous-maxillaire bilatéral pour les lésions du stade IV ou lorsqu'il y a une adénopathie clinique bilatérale.

Cet évidement est un évidement "de principe", donc systématique, même en dehors de toute présence de ganglions cliniquement perceptibles.

Pour les cas servant à la présente étude et correspondant à des observations de la Fondation Curie, l'évidement a été pratiqué 8 à 10 jours après le traitement de la lésion primaire.

LEROUX-ROBERT estime actuellement qu'il est préférable (sauf en cas d'adénopathie perceptible) d'attendre un bon mois, c'est-à-dire le temps que soient terminées les réactions post-radiunthérapiques au niveau de la lésion primaire.

Si l'examen histologique des ganglions enlevés au cours de l'évidement montre que plusieurs groupes ganglionnaires sont envahis, LEROUX-ROBERT demande maintenant un traitement complémentaire de Rayons X.

Dans le présent travail, néanmoins, la chirurgie a été utilisée seule.

CONCLUSIONS

L'analyse des résultats obtenus à la Fondation Curie dans le cancer du plancher buccal, pour les cas traités de 1937 à 1952, permet d'avoir une opinion sur l'efficacité relative des différents modes thérapeutiques utilisés.

Pour la lésion primaire :

Planchers purs -

Au stade I, la Roentgenthérapie endo-buccale et la curiepuncture semblent donner d'égales chances de guérison. Celles-ci sont de l'ordre de 60 %. Ne doivent être utilisées ni la contactothérapie, ni la roentgenthérapie transcutanée, ni même l'électro-coagulation ou la chirurgie qu'en pourrait avoir tendance à proposer du fait du caractère limité du néoplasme, les échecs étant alors pratiquement constants.

Au stade II, la Curiepuncture doit être à la base de tout acte thérapeutique, celle-ci étant ou non combinée à un temps chirurgical d'exérèse locale. Celui-ci est d'autant plus nécessaire que la lésion est plus étendue et plus proche du maxillaire inférieur.

Cette manière de procéder a l'avantage de n'être pas mutilante tout en donnant des chances de guérison de l'ordre de 40 %.

Aux stades III et IV, seule est indiquée une chirurgie large, souvent mutilante du fait de la

résection plus ou moins importante du maxillaire inférieur. Malgré l'importance de l'exérèse pratiquée, les chances de guérison sont alors pratiquement nulles.

Cancers des régions voisines étendus au plancher -

L'extension au plancher d'un cancer de la portion mobile de la langue ne modifie pas l'indication de la curiepuncture valable pour la langue elle-même.

L'extension au plancher d'un cancer du rebord alvéolaire ne modifie pas l'indication de la chirurgie valable pour le rebord alvéolaire.

L'extension au plancher d'un cancer de la région intermaxillaire ne modifie pas l'indication de la curiepuncture combinée à la roentgenthérapie transcutanée, valable pour la région intermaxillaire.

Pour les territoires ganglionnaires :

La chirurgie est systématiquement indiquée d'une façon formelle. Elle ne doit pas être remplacée par la roentgenthérapie, qui ne peut trouver sa place ici éventuellement que comme complément de la chirurgie.

Le type d'évidement ganglionnaire à proposer dépend de la localisation de la lésion primaire. Il tiendra compte de la fréquence avec laquelle on peut observer une adénopathie contro-latérale. C'est dire que, pour une lésion unilatérale, il devra être carotido-sous-maxillaire du côté de la lésion et au moins sous-maxillaire du côté opposé.

Cet évidement ne doit pas être pratiqué avant un délai d'un mois après le traitement de la lésion primaire ; sauf dans les cas où il existe déjà une adénopathie qui s'accroît et qu'il est urgent d'enlever sans attendre ce délai.

Si l'examen histologique des ganglions enlevés montre une diffusion d'atteinte lymphatique, un traitement complémentaire de Rayons X est indiqué.

Telles sont les conclusions que nous pouvons tirer du présent travail.

Il nous reste à préciser dans l'avenir, à la lumière des nombreux cas observés par LEROUX-ROBERT et traités depuis 1952 :

1)- L'intérêt réel d'une exérèse chirurgicale combinée à la curiepuncture de la lésion primaire pour les cas dépassant 2 cm. de diamètre ;

2)- La durée optimum de l'intervalle à respecter entre le traitement de la lésion primaire et celui des territoires ganglionnaires ;

3)- L'intérêt et les indications d'une irradiation post-opératoire des territoires ganglionnaires évidés en cas de diffusion d'atteinte lymphatique histologique ;

4)- Les variations des résultats escomptés :

- selon qu'il n'y a pas de ganglions perceptibles ;

- selon qu'il y a des ganglions perceptibles, et dans ce cas selon leur siège et leur volume ;

- selon la répartition histologique des atteintes ganglionnaires.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. SARRAILH

Le Doyen de la
Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président
de la thèse,

A. AUBIN

